

# medicus

ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, ГОДИНА 9, БРОЈ 21, 2014



**АМЕРИКАНСКИ  
ДОКТОРИ  
ВО ПОСЕТА  
НА ОЧНОТО  
ОДДЕЛЕНИЕ ВО  
ШТИП**



**ИНТЕРВЕНТНА  
КАРДИОЛОГИЈА ВО  
ШТИП**

ДОКТОРИ ОД СРБИЈА ВО ЈЗУ  
КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП

Интервју со  
д-р Желимир Анџониќ



**СПЕЦИЈАЛЕН  
ПРИЛОГ:**

**ФИЗИКАЛНА  
МЕДИЦИНА,  
КИНЕЗИТЕРАПИЈА И  
РЕХАБИЛИТАЦИЈА**



### Почијувани чийаишли,

Главната тема во овој број е посветена на физикалната терапија, нејзините можности и ефекти.

#### Што е физикална терапија?

Тоа е медицинска пракса која им помага на луѓето да го подобрат квалитетот на живото преку подобрување на мобилноста, зголемување на подвижноста за движење и функционалната способност, преку систематизирани вежби, масажа и други физикални интервенции.

Методите на физикална терапија имаат свои корени уште од времето на Хипократ, и подоцна Гален, за кои се смета дека се првите физиотерапевти кои промовирале масажа, техники на мануелна терапија, и хидротерапија, со кои ги претворале луѓето уште во 460 година п.н.е. Како клиничка дисциплина, бележи брз прогрес во правец на осовременување на сите методи, а со тоа и постигнување на огромен успех во подобрувањето на мобилноста, движењето, и намалување на болките при движење. Физикалната терапија не е само лек при неоподвижност, тука е дел од секојдневниот живот на сите кои сакаат долг и активен живот, активното движење да биде дел од превенцијата од дебелина, намалување на ризикот од срцеви заболувања и мозочен удар. Раздвижувањето исто така има значаен дел од одржувањето на здрав и урамножен систем.

Вежбите го прават живото полесен, и дневните активности нормални.

Пред студентите зимски денови кои се најавуваат, движете се, користете ги доцните есенски денови за уживање, и превенирајте ја потребата од дојолнителна физикална терапија, која иако е ефикасна, таа е сепак помош при ограничени движења.

Имајте пријатна и активна есен  
Проф. д-р Елизабета Зисовска

**neurozan**  
feed your mind

Напредна формула за правилно функционирање и работа на мозокот.

Помога при закрепнување од:

- Психичка замореност
- Губење на меморија
- Депресија
- Редовни главоболки
- Несоница

**TIACID**  
Алфа-липоева киселина

30 филм таблети 300 mg

Индикации:

- Инсулинска резистенција
- Дијабетична невропатија
- Кардиомиопатија
- Ретинопатија

**SMART**  
Piracetam

Индикации:

- постаноксичен миоклонус
- дислексија кај деца
- алкохолна психоза

## Бидејќи се грижаме !



подржано од

VITABIOTICS

ZADA  
PHARMACEUTICALS

## СОДРЖИНА

ОТВОРАЊЕ НА ЦЕНТРИ ЗА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА.....	4
НОВИ СПЕЦИЈАЛИСТИ И СУБСПЕЦИЈАЛИСТИ ВО ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП.....	4
АМЕРИКАНСКИ ДОКТОРИ ВО ПОСЕТА НА ОЧНОТО ОДДЕЛЕНИЕ ВО ШТИП.....	5
ИНТЕРВЕНТНА КАРДИОЛОГИЈА ВО ШТИП ДОКТОРИ ОД СРБИЈА ВО ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП.....	6
ПСИХОЛОШКА ПОДГОТОВКА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО БОЛНИЧКИ УСЛОВИ ...	8
HELLP СИНДРОМ .....	10
ЛОГИСТИЧКАТА ПОДГОТОВНОСТ НА КЛУЧНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ВО ОПШТИНА ШТИП ЗА УПРАВУВАЊЕ СО КРИЗНИ СОСТОЈБИ .....	12
<b>СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ: ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА,</b>	
<b>КИНЕЗИТЕРАПИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА</b>	
СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЈАТА И КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН УДАР .....	15
КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО НЕВРОЛОШКИ ДЕФИЦИТ ВО ЕДИНИЦА ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕКУВАЊЕ .....	17
КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ЛУМБАЛЕН БОЛЕН СИНДРОМ .....	18
РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПОСЛЕ ТОТАЛНА ЗАМЕНА НА КОЛЕНСКИ ЗГЛОБ ...	19
ПЕРЦЕПЦИЈА НА ТЕЛОТО И ФАНТОМСКАТА БОЛКА – ФЕНОМЕН ОД ИНТЕРЕС ЗА ФИЗИКАЛНАТА МЕДИЦИНА.....	20
НЕГА, ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ЛИЦА СО КРАНИОЦЕРЕБРАЛНИ ПОВРЕДИ.....	23
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО ТУМОРИ НА ГЛАВА И ВРАТ .....	25
НАРУШУВАЊА НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНИОТ ЗГЛОБ .....	27
ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ ВО СПОРТОТ .....	29

## medicus

Информативен гласник на  
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП ГОДИНА 9 БРОЈ 21, 2014 година

e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: м-р Марина Шуманска

Рецензент: проф. д-р мед. сци. Елизабета Зисовска

Редакција: прим. д-р Стојче Василева, прим. д-р Зоран Живков,  
прим. м-р Билјана Лазарова, асс. д-р Гордана Камчева, д-р Марина Гацова,  
м-р Наталија Дечовски, дипл. правник Мирче Панев,  
дипл. проф. Марина Шуманска, дипл. проф. Лидија Миленкоска,  
м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Печати: Европа 92 - Кочани

Тираж: 300 примероци



кинемат) за намалување на болката и отокот.

Во вториот дел од рехабилитација се вклучуваат активни и активно-под-помогнати вежби, вертикализација и одење со потпазувни патерици. Вежбите се дизајнирани за зголемување на опсегот на движење на новиот зглоб и зајакнување на околните мускули. Силата во бутните мускули ќе помогне да се одржи стабилноста на коленото, со што ќе се заштитити новиот зглоб.

Времето поминато во болница може да варира од околу 3-6 дена. Физioterапевтите и ортопедите ќе направат проценка кога ќе може да ја продолжат рехабилитацијата во домашни услови и каков вид на специјална опрема - ортопедско помагало ќе е потребно за да пациентите се се придвижуваат и да ги извршуваат дневните обврски дома.

Пред заминувањето дома пациентот треба да биде способен самостојно да станува и легнува од постелата и правил-

но да оди со потпазувни патерици.

Патериците за придвижување ќе треба да се користат до шесттата недела по операцијата. После шест недели, поголемиот дел од пациентите би требало да бидат способни да се вратат во нормален опсег на активности, вклучително и на возењето. Пациентот на заминување ќе добие соодветни совети од физиотерапевтите за правилно изведување на дел од вежбите во домашни услови со цел да продолжи зајакнувањето на мускулатурата.

## ПЕРЦЕПЦИЈА НА ТЕЛОТО И ФАНТОМСКАТА БОЛКА – ФЕНОМЕН ОД ИНТЕРЕС ЗА ФИЗИКАЛНАТА МЕДИЦИНА

Проф. д-р Ленче Милошева  
Д-р Владимир Милошев  
Факултет за медицински науки,  
Универзитет „Гоце Делчев“, Штип  
Клиничка болница, Штип



Во медицинската психологија се разработени некои концепти кои се важни за теоретскиот пристап во проучувањето на влијанието на соматските болести на психичките состојби, како и за третманските проблеми и практичните проблеми на рехабилитација на болниот. Еден од концептите за кој се смета дека имаат апликативна вредност во физикалната медицината е концептот на „перцепција на сопственото тело“ (body image).

### 1.1. Перцепција на сопственото тело

Според Огден (Ogden, 2012) изразот „перцепција на сопственото тело“ (body image) во литературата го воведува Шилдер (Schilder, 1950), а се однесува на менталната претстава која поединецот ја има за својата телесност.

Перцепцијата на сопственото тело не разликува од сите останати индивидуи и на некој начин ги претставува границите помеѓу нас и другите луѓе. Меѓутоа, под овој поим не се мисли исклучиво на телесни карактеристики, туку на целокупните способности за кои перцепираме дека ги поседува нашето тело.

Таа „слика за самиот себе“ се развива во текот на процесот на социјализација, и претпоставува дека постои поврзаност на перцепцијата на сопственото тело и нормалниот развој на личноста.

### 1.2. Психолошки функции на перцепцијата на сопственото тело

Шонц (Shontz, 1975, според Ogden, 2012), како еден од најпознатите истражувачи на подрачјето на проучување на перцепција на сопственото тело, смета дека телото е централна компонента.

Телесната атрактивност има важна улога во социјалните односи, иако самиот поим за убаво во различни култури е различен. Перцепцијата за сопственото тело е поткрепена со перцепција на другите за нас, за која добиваме информации преку нивното однесување. Предрасудите за индивидуите со телесни деформитети, дека постои каузална поврзаност помеѓу „неубавиот изглед и неубавиот карактер“ го модерираат во голем дел однесувањето на другите кон нив.

Кај здравите луѓе, постојат пет основни психички функции на сопственото тело.

Прво, телото како примач на дразба е една од најважните функции, бидејќи целокупното психичко искуство е примено преку телесните сензации. Поради тоа, оштетувањата на телесните функции може да доведе до неадекватен развој на психичките функции или неадекватно прилагодување.

Второ, телото како инструмент на активности ни овозможува или оневозможува, манифестирање на разни облици на однесувања.

Третто, телото како извор на мотиви предизвикува голем број на потреби кои со однесувањето мораме да ги задоволиме, со цел одбегнување на состојби на фрустрации. Доколку не ги задоволиме, телото претставува извор на психички конфликти.

Четвртто, телото како извор на дразби овозможува превентивно однесување на индивидуата кон самата себе.

Петто, телото како дразба за други и очекувањата на другите врзани за телесните карактеристики, доведуваат до однесувања кои се во склад со тие очекувања. На пример, ако кон индивидуа со

телесни деформитети се однесуваме како кон беспомошна и очекуваме и таа самата така да се однесува, таа може да започне да се набљудува на истиот начин.

## 2. Фантомска болка

Интересен феномен кој се проучува во медицинската психологијата, а од интерес и за физикалната медицина, е феноменот на фантомската болка.

Според Морисон и Бенети (Morrison, & Bennett, 2012) првиот опис на фантомската болка потекнува од 16 век во кој францускиот хирург Амброз Паре (Ambroise Pare, 1552) го спомнува за прв пат, а називот „фантомска болка“ го вовел подоцна Мишел (Mitchel, 1872). Фантомската болка се јавува кај луѓе на кои им е ампутиран еден дел од телото (нога, рака, града и др.). Болните чувствуваат болка во делот од телото кој е ампутиран, значи кој повеќе не постои, а доживувањето на болката е толку веродостоен што им се чини дека тој дел од телото сè уште постои.

Фантомската болка се јавува кај повеќето болни во првите две недели после ампутацијата и исчезнува околу година

дена после операцијата. Меѓутоа, кај 5 до 10 % од болните трае и подолго, дури и десет години. Болните се жалат на чувство на стегане, грчење, жарене и тапа болка во ампутираниот дел од телото. Најчесто е поттикната од метеоролошки промени, емоционална напнатост, психолошки стрес, користење на протеза, разни внатрешни телесни сензации и сл.

Во медицинската пракса воглавно се познати два примарни нивоа на кои преку интервенции најуспешно е справувањето со фантомската болка:

- фармаколошки интервенции насочени кон специфични симптоми и

- искреирани психолошки, физикално терапевтски и бихејвиорални интервенции.

Лечењето е најчесто фармаколошко, но многу често фантомската болка не може на овој начин да се ублажи. Ефектите од лечењето можат да се засилат со физикална терапија, акупунктура, нервни блокови, невростимулации и други методи на лечење, но честопати не постои доволно силен ефект. Дури, ни неврохирурските зафати не доведуваат секогаш до подобрување.

Фантомската болка има некои специфични карактеристики кои ја прават различна од другите болки. Може да се појави ако се надразнува спротивниот или некој друг дел од телото, како и доколку дразбите доаѓаат од внатрешните делови на телото. Надразнувањата како нпр. притисокот, увод со игла и слично, служат како „тригери“ за предизвикување на болки во фантомскиот дел од телото. Болните дразби кои се задаваат и релативно далеку од местото на ампутацијата може да предизвикаат силна фантомска болка. Кај некои болни, приметено е дека фантомската болка се јавила 25 години после ампутацијата, а пред тоа воопшто не постоела. Поголема е веројатноста дека фантомската болка ќе се појави кај оние болни кои и пред ампутацијата чувствувале болка во тој дел од телото.

Парадоксално е што понекогаш и зголемувањето на бројот на надразнувањата може да доведе до ублажување на болка. Поради тоа, понекогаш во терапијата на фантомската болка се користи електрична стимулација на местото на ампутација, која има само умерено делување.



Механизмот на создавање на фантомска болка сè уште до денес не е разрешен. Во литературата се спомнуваат две хипотези кои се обидуваат секоја од свој аспект да го објасни создавањето на фантомската болка (Weeks, Anderson-Barnes & Tsao, 2010).

Невролошката хипотеза се засновува на периферни и централни објаснувања за невролошката условеност на фантомската болка.

Периферните објаснувања на фантомската болка ја објаснуваат со помош на зголемена осетливост на нервните влакна на местото на ампутијата, т.е. лузната, која условува постојана иритација на нервните завршетоци на местото на ампутијата.

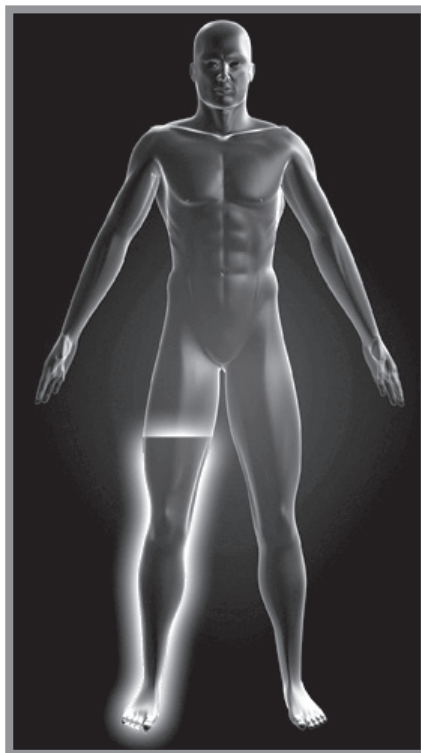
Меѓутоа, овие објаснувања не можат во целост да го објаснат овој феномен, бидејќи фантомската болка постоела и по пресекување на `рбетниот мозок, како на пример кај параплегијата. Претпоставките биле дека болните импулси од периферните делови на телото веројатно се шират преку симпатичките ганглии, како уште единствен можен премин на нервните импулси после прекиниот на `рбетниот мозок. Меѓутоа, и после блокадата на симпатичките ганглии, фантомската болка кај некои болни постои и понатаму. Една од претпоставките била дека причина за фантомската болка е губење на сензорните стимулации што доведува до абнормални физиолошки активности во нервните клетки на `рбетниот мозок и мозокот, т.е. до спонтано активирање на импулсите, бидејќи повеќе нема инхибиторно делување на порано постоечките периферни сензорни надразнувања.

Централните објаснувања на фантомската болка претпоставуваат дека соматосензорната кортикална репрезентација на телото претставува главна причина за појава на фантомска болка.

Имено, секое аферентно нервно влакно има своја улога во вкупната репрезентација на телото во мозокот, која останува и после отстранување на некој дел од телото, па може да услови и појава на фантомска болка. Клиничките истражувања донекаде ја потврдуваат

оваа претпоставка низ примерите за изостанување на фантомската болка после повреда на одредени делови од кортексот.

Психолошката хипотеза претпоставува дека причините за фантомската болка се од психолошка природа. Емоционалните фактори се тригер фактори кои може да ја активираат фантомската болка. Земајќи го предвид ова, когнитивно-бихејвиорална терапија или „репрограмирање“ на болните мемории поврзани со ампутијата со десензитизација со движење на очите и репроцесиување. Исто така, може да настане после хипнотичка су-



гестија или пак, посебно кај индивидуи со црти на структурни нарушувања на личноста.

Во крајните консеквенци оваа хипотеза претпоставува дека причина за фантомската болка е „халуцинаторно одбивање на постоењето на телесен губиток“.

Болните не сакаат да си го признаат постоењето на телесната загуба и силната потреба и желба дека загубата не се случила, доведува до халуцинирање на разни, па и болни сензации од изгубениот дел на телото кој болниот го „уверуваат“ дека тој дел од телото сè

уште постои. Меѓутоа, кога тоа би било потполно точно, би постоела поврзаност помеѓу интензитетот на фантомската болка и субјективната важност на изгубениот дел од телото. Испитувањата покажуваат дека таква поврзаност не постои.

Невролошките објаснувања на фантомската болка ја истакнуваат големата улога на симпатичкиот дел на автономниот нервен систем во создавањето на фантомската болка. На местото на ампутијата евидентни се промени како што се засилено потење, лоша снабденост со крв, студенило, кои се под директно влијание на симпатичкиот дел на автономниот нервен систем. Се покажало дека блокирањето на симпатичките ганглии понекогаш доведува до отстранување на фантомската болка.

### 3. Заклучок

Можеме да заклучиме дека кај појавата на фантомската болка одредена улога имаат и периферните и централните невролошки механизми, симпатичкиот дел од автономниот нервен систем, а и одредени психички состојби во кои се наоѓа болниот. Интегрирани и синтетизирани хипотези се потребни да се објасни феноменот на фантомската болка. Нови, современи научни истражувања и разбирањето на механизмите кои лежат во основата на овој феномен е неопходно во иднина за креирање на третмански интервенции и препораки, вклучително и третмани во рамки на физикалната медицина.

### Литература

- Morrison, V. & Bennett, P. (2012). Introduction to Health Psychology. UK: Pearson Education.
- Ogden, J. (2012). Health psychology. New York: McGraw-Hill Education
- Weeks, S.R., Anderson-Barnes, V.C. & Tsao, J.W. (2010). Phantom limb pain: theories and therapies, *Neurologist*, vol. 16, no. 5, pp. 277–286
- Iannetti, G.D. & Mouraux, A. (2010). From the neuromatrix to the pain matrix (and back), *Experimental Brain Research*, vol. 205, no. 1, pp. 1–12, 2010.